Lane Medical Library 1869

Ueber

Beckenabscesse.

Gynaekologische Inaugural-Dissertation

mit Genehmigung

der medicinischen Facultät

der vereinigten Friedrichs-Universität

Halle-Wittenberg

zur Erlangung der Doctorwürde

in der Medicin und Chirurgie

zugleich mit den Thesen öffentlich vertheidigt

am

9. October 1869 — Vormittags 11½ Uhr

von

Paul Reichel

aus Meissen

gegen

Louis Jeschinsky, Dr. med.
Bruno Conrad, cand. med.

Halle,
Druck von Wilhelm Plötz.

Ueber

Beckenabscesse.

Seinen theuren Aeltern

in kindlicher Liebe

gewidmet

vom Verfasser.

Seinen theuren Aeltern

in kindlicher Liebe

gewidmet

vom Verfasser.

Wenn ich als Thema meiner Inauguraldissertation „Ueber Beckenabscesse" aufgestellt habe, so befürworte ich im Voraus, dass ich nur diejenigen Beckenabscesse meine, welche durch Entzündung des Uterus und seiner Adnexa entstehen.

Ich übergehe das zahllose Heer von Beckenabscessen, welche in einer Affection des Darms und der Drüsen, in Schussverletzungen, Stössen und Druck auf die Hüftbeingrube, in Zerreissung des Ileo-Psoas, in Caries, Necrose, Tuberculose der Hüftbeinknochen ihr aetiologisches Moment bergen.

Geschichtliches.

Im grauen Alterthum schon finden wir zahlreiche Andeutungen davon, dass die damaligen Coryphaeen der Medicin die Beckenabscesse, und ich betone auch die durch Entzündung des Uterus und seiner Adnexa entstandenen, sehr wohl kannten.

Hippokrates erwähnt ihrer in seinem Werke: De mulierum affectionibus et de natura muliebri; Galen, Paulus von Aegina schreiben über sie, und Archigenes giebt das treuste Bild dieser Erkrankung und ihrer Ausgänge.

Nach seiner Zeit ging jedoch die Kenntniss der Beckenabscesse allmählig wieder vollständig verloren, bis sie Marchal de Calvi der unverdienten Vergessenheit entriss.

Von ihm ab wurde dies wichtige Capitel der Medicin von den grössten Gynaekologen der Neuzeit bearbeitet.

Von Schriftstellern erwähne ich hier: von Franzosen: Grissolle Arch. de med. de Paris, Janv. Févr. Mars. 1839; Marchal de Calvi Annal. de Chirurg., Juill., Août 1844; Rayer, Annal. de Thér. 1846; Gabler; Nonat, Gaz. des hô-

pit. 1856; F. A. Aran, Bullet. de Thérap. LXII Juill., Août 1859; Collineau, Gaz. hebd. IX. 1862.

Von Engländern: Döherty; Churchhill; Bell, London Gaz. 1845; Berttersby, Dubl. Journal 1847; Buck, New-York Journ. 1857; Lever; West; M'Clintock, „On puerperal Pelvic-Cellulitis"; Simpson in seinen gesammelten „Clinical lectures on diseases of women" Philad. 1863.

Von deutschen Kyll, Rusts Magazin 1834; Münchmeyer, Hannov. Annal. 1847; Weber, Norddeutsche Vereinszeit. 1848; König; „die perimetritischen Exsudate im Becken der Wöchnerinnen" in Wunderlichs Archiv 1862; Wartman: „Ueber Beckenexudate im Wochenbett." Zürich 1868.

Aetiologie.

Die Aetiologie der Beckenabscesse ruht auf einer breiten Basis.

Abortus und Entbindungen stellen jedoch das Hauptcontingent; ihnen folgen Störungen der Katamenien und Verletzungen des Uterus.

Schliesslich entsteht eine geringe Anzahl von Beckenabscessen, ohne dass man im Stande ist, irgend welche Ursache nachzuweisen.

Die von den älteren Gynäkologen, namentlich von Puzos verfolgte Milchmetastasentheorie ist unhaltbar, die Ansicht ferner, dass Verstopfung von Gebärmuttergefässen, Zurückhaltung der dickeren Theile der Lochien Veranlassung zu Beckenexsudaten mit folgendem Abscesse gäbe, und schliesslich die Meinung Marchals, welcher die Ueberladung des Blutes mit Fibrin und die Ablagerung desselben als Ursache hervorhebt, theilen heutigen Tages nur noch wenige Schriftsteller. Ich führe hier die Ansicht Wartmanns an, er schreibt in seinem vorerwähnten Buch, dass hierbei auf die gröbste Weise Ursache und Wirkung verwechselt ist. Nicht weil die Lochien und die Milchsecretion versiechen, treten Anomalieen des Puerperiums durch Anhäufung schädlicher

x im Körper auf, sondern weil bei entzündlicher Affection des Uterus und seiner Umgebung die normale Involution gestört wird, muss auch die normale Abfuhr der zerfallenden Gewebe sistiren, und weil bei vorhandenen Fieberzuständen die Consumption eine sehr grosse, die Zufuhr fast o ist, muss die Milchbildung sich mindern, schliesslich ganz aufhören, zumal auch meist aus Rücksicht auf die Kräfte der Mutter, das wichtigste Moment zur Anregung der Drüsenthätigkeit, das Saugen, unterbleibt.

Diese Ansicht scheint mir so klar und richtig zu sein, dass ich der festen Ueberzeugung bin, sie wird bald die allgemeine werden und die Milchmetastasentheorie vollständig verdrängen.

Geburten und Aborte stellen wie erwähnt die häufigsten Ursachen von Beckenabscessen dar.

Bei ersteren sind die etwa vorkommenden Quetschungen operative Eingriffe, Schleimhauteinrisse und nicht nachweisbare Schädlichkeiten im Wochenbett, wie zu frühes Aufstehen und Arbeiten, zu baldiges Aussetzen rauher Witterung, zu früher Coitus die vorwiegendsten ursächlichen Momente. Beckenabscesse kommen in jedem Lebensalter vor. Simpson beobachtete sie bei sehr jungen Mädchen und im Gegensatz hierzu auch bei Frauen von 70 Jahren. Hauptsächlich sind Frauen von 20—30 Jahren und solche von kräftiger Constitution disponirt.

Erstgebärende werden viel häufiger befallen als Mehrgebärende. Im Ganzen jedoch sind Beckenabscesse bei Weitem nicht so häufig, als die allgemeine Ansicht ist, und wenn man die zahlreichen Entzündungen des Uterus und seiner Adnexa die zahlreichen Para- und Perimetriten, welche jährlich nur in einem geburtshülflichen Institut zur Beobachtung kommen, ohne in Abscedirung überzugehen, berücksichtigt, so kann man wohl mit vollem Rechte sagen, Beckenabscesse sind sehr selten. Dem Schluss meiner Arbeit werde ich eine tabellarische Uebersicht der in einer Reihe von 7 Jahren auf hiesigem geburtshülflichen Institut zur Beobach

tung gekommenen entzündlichen Affectionen des Uterus und seiner Adnexa anreihen und die Krankengeschichten der wenigen davon in Abscedirung übergegangenen Entzündungen im Auszug mittheilen.

Pathologische Anatomie.

Das Zellgewebe an jedem Punkte in der Umgebung des Uterus kann der Ausgangspunkt eines Beckenabscesses sein.

Am häufigsten ist, wie West nachweist, das Zellgewebe in den breiten Mutterbändern der primäre Sitz des Uebels. (Von 52 Fällen 34 Mal.)

Der nächst häufige Sitz ist das Zellgewebe zwischen Uterus und Rectum, viel seltner wird das Gewebe zwischen Uterus und Blase ergriffen.

Statistisch ist nachgewiesen, dass die linkseitigen Beckenabscesse häufiger sind als die rechtseitigen.

Lever und Andere glauben dieses häufigere linkseitige Auftreten durch das häufigere Vorkommen erster Schädellagen und den Druck des Hinterkopfes erklären zu können.

Das erste Product der Zellgewebsentzündung in der Umgebung des Uterus und somit das Ursprungsstadium eines Beckenabscesses besteht in einer Exsudation in die Maschen des Gewebes.

Das Exsudat ist gleich dem Product anderer Zellgewebsentzündungen anfangs serös, dünnflüssig und so klar und durchscheinend wie Urin.

Simpson erzählt über seine erste Punction einer solchen noch im Anfangsstadium eines Abscesses stehenden Geschwulst: „die Patientin war ein junges Mädchen von 12 oder 13 Jahren, die an einer heftigen Entzündung des rechten lig. latum mit folgender Geschwulst litt. Am 10. Tag öffnete Simpson in Anwesenheit eines Londoner Collegen den Tumor, und statt gelben dicken Eiters floss zu ihrem höchsten Erstaunen eine so klare und durchsichtige Flüssig-

keit aus dem Stichkanal, dass Dr. Andrews Simpson zuflüsterte: „Have you not punctered the bladder?“ Die Flüssigkeit coagulirte aber so rasch in dem Gefäss, dass sie sicher kein Urin war.

Bei Ausschwitzung dieses Serum schwollen die entzündeten Theile in grösserer oder geringrer Ausdehnung an. Das Terrain, welches das Exsudat einnimmt, ist mehr oder weniger scharf begränzt, und die Grenzen können meist, wenn auch schwer und nicht genau, durch Vagina, Rectum oder die Bauchdecken gefühlt werden.

Simpson spricht noch von einer Art Exsudation, wo dieselbe nicht serös, flüssig sei, sondern aus coagulirter Lymphe bestehe.

When an effusion, schreibt er darüber, of solid coagulable lymph or fibrin takes place into one or more of the fascial loculaments in the course of disease, the swelling, which results is extremely dense and many long months usually ellaps, before it often breaks down and is discharged.

Nach 10—14 Tagen, meist in noch weit kürzerer Zeit wird das Exsudat, wenn es nicht vorher zur Resorption kommt, in Eiter übergeführt.

Der Eiter bleibt nun entweder am Ort der Bildung stationär oder bahnt sich einen Weg durch die Gewebe, bis er nach geraumer Zeit einen Weg nach Aussen gefunden hat.

Symptome.

Die Entwicklung eines Beckenabscesses ist jeder Zeit von einem mehr oder minder starken Fieber, mit abendlichen Exacerbationen und morgentlichen Remissionen, mit einem Zustand von Schwäche begleitet. Und hält das Fieber im Wochenbett lange Zeit an, so ist, wenn keine anderen Krankheiten nachzuweisen sind, mit Wahrscheinlichkeit ein peri- oder parametritisches Exsudat in Vereiterung begriffen.

Anstatt der anfangs leichten Fiebererscheinungen tritt

später, wenn die Abscedirung fort und fort um sich greift ein hectischer Zustand ein, der Puls wird klein und erreicht eine hohe Frequenz, Schweiss und Diarrhoen stellen sich ein, Simpson hat mehr denn einen Fall von Beckenabscessen beobachtet, wo man die Diagnose auf Phthisis pulmonum stellte.

Der gleichzeitig mit dem Fieber auftretende Schmerz im Becken ist ein zweites sehr wichtiges Moment, das leider oft zu wenig verwendet wird.

Der Schmerz entsteht durch den Druck des Exsudats auf die Nachbarorgane. Hat der Abscess seinen Sitz hinter dem Uterus, so stellt sich nicht selten ein quälendes Gefühl von nach Abwärtsdrücken und Stuhlverstopfung ein, während wenn der Process vor dem Uterus Platz gegriffen hat, Dysurie eintritt, das quälende und häufigste Symptom bei Beckenabscessen. Die Blase überhaupt ist fast in allen Fällen mehr oder weniger afficirt.

Die heftigen Schmerzen, die kurz vor der Eiterbildung oft paroxysmenweise auftreten, lassen mit der Eiterbildung allmählig mehr und mehr nach, die Beschwerden der Patienten werden geringer, bis sie mit dem Ausfluss des Eiters fast vollständig verschwinden.

Sehr selten entleert sich der Eiter auf ein Mal, da die Abscessöffnung gewöhnlich eng ist und der Process überhaupt wohl kaum mit einem Schlag aufhört, sondern vielmehr noch einige Zeit lang neuer Eiter gebildet wird und die Krankheit nur zu oft auf solche Weise Wochen ja Monate lang fortbesteht. Die Entleerung des Eiters und die Induration der Abscesshöhle ist von keinem irgend merkenswerthen Symptom begleitet. Letzterer Process geht, wenn richtig behandelt, meist überraschend schnell in Heilung über, während er sich im entgegengesetzten Falle nicht selten Jahre lang hinzieht.

Die Neigung der Beckenabscesse zu weiterem Umsichgreifen der Eiterung und zu Recidiven ist wohl zu beachten.

Zu den genannten 2 Symptomen, Fieber und Schmerz tritt als 3. und wichtigstes die Bildung einer Geschwulst.

Die Untersuchung zum Nachweis derselben muss jeder Zeit eine combinirte sein. Man geht mit 1 oder 2 Fingern der rechten Hand in die Vagina oder das Rectum ein und drückt mit der linken Hand durch die Bauchdecken die Geschwulst der rechten Hand gleichsam entgegen.'

An diese drei Hauptsymptome können sich eine Reihe anderer Erscheinungen anschliessen, welche wie der Schmerz in Folge des Drückens der Geschwulst besonders bei rapidem Wachsthum derselben entstehen.

Compression der Gefässe kann Oedem der Labien bewirken; ebenso können Oedeme in der Gegend der Malleolen besonders bei Patientinnen, die herumgehen, auftreten.

Ausgedehnte Compressionsthrombosen mit weit verbreitetem Oedem gehören hingegen zu den Ausnahmen.

Compression der Nerven namentlich nach König des Nerv. cutaneus femoris externus hauptsächlich wohl aber des ischiadicus ist in einzelnen Fällen das einzige Merkmal eines Beckenabscesses. Nicht selten verlaufen Beckenabscesse unter dem täuschenden Bilde einer Ischias, werden lange Zeit ohne jedweden Erfolg behandelt, bis schliesslich nach spontaner oder künstlicher Eröffnung des tumor alle Symptome der Ischias verschwinden.

Wenn der Abscess ausschliesslich oder hauptsächlich im Zellgewebe einer fossa iliaca und zwar rings um den Ileo-psoas gelagert ist, so kann hierdurch Beugung des Oberschenkels bedingt sein, ein Symptom, welches König als constant ansieht, bei den mir zu Gebote stehenden Fällen jedoch nicht ein Mal beobachtet wurde.

Im Innern des Abscesses gehen inzwischen vor seiner Eröffnung bemerkenswerthe Veränderungen vor; die Resistenz, die Härte verliert sich und weicht dem Gefühle der Fluctuation.

Deutliche Fluctuation durch die Hautdecken ist erst sehr spät wahrnehmbar, dagegen bilden sich bald an ein-

zelnen Punkten vorzüglich oberhalb des lig. Poupartii kleine teigige auf Druck sehr empfindliche Stellen, welche König als Gewebslücken bezeichnet.

Dass die Fluctuation der Geschwulst, trotz der sorgfältigsten innern und äussern Untersuchung oft erst sehr spät nachzuweisen ist, liegt wohl weniger an der bedeutenden Tiefe, in der sich der Abscess etablirt hat, als vielmehr an der reactiven Entzündung, die rings um ihn entstanden, seine Wendungen enorm verdickt hat.

Selten mögen wohl solche kleine Eiterheerde, mit denen wir es hier zu thun haben, eindicken mit gleichzeitiger fettiger Degeneration oder Verbreitung und da wirklicher Eiter nicht resorbirt wird, so muss der Abscess früher oder später, spontan oder durch Kunsthülfe schliesslich zur Entleerung kommen.

Die Wege nun, welche der Eiter nehmen kann, sind:

a) in die Vagina,
b) in das Rectum,
c) in die Blase,
d) nach Aussen durch die Bauchwand,
e) in den Uterus,
f) in die Unterleibshöhle,
g) in einen höher gelegenen Darmtheil.

Ueber die Häufigkeit der verschiedenen Perforationen differiren die Meinungen der einzelnen Schriftsteller sehr bedeutend.

Wartmann zählt die Ansichten der bekanntesten Schriftsteller wie folgt auf:

Marchal de Calvi erklärt eine Entleerung nach Aussen in die Vagina und in's Rectum für ziemlich gleich häufig.

Grisolles: Namentlich die linkseitigen eröffnen sich in die Vagina.

Rabaud: Die Entleerung findet fast immer per rectum oder vaginam seltner per Blase oder nach Aussen oder mit den Schenkelgefässen statt.

König: Häufigkeit in erster Linie, Perforation nach

Aussen unterhalb d. lig. Poupartii; in zweiter Linie in den Darm; hernach Blasen und Scheidenperforation ohngefähr gleich an Zahl, während Perforation an andern Stellen gleich selten ist.

Simpson: (Nachdem er als Hauptsitz das Bindegewebe des lig. latum erklärt hat und daherige Ansammlung des sich bildenden Eiters im hintern Scheidengewölbe um Rectum und Uterus herum.) In solchen Fällen eröffnen sich die Abscesse entweder in das Rectum und die Vagina, die zwei Canäle, die am häufigsten uud mit glücklichstem Erfolg dem Eiter zum Abzug dienen. Bisweilen, aber weniger häufig findet der Eiter auch seinen Weg in Blase und Halstheil oder Körper des Uterus. Eröffnung nach Aussen seltener.

M'Clintock urtheilt nach seinen eigenen Erfahrungen: Künstliche oder spontane Eröffnung nach Aussen in die Regio iliaca oder suprapubica ist weitaus am häufigsten; Perforation sah er nach Exsudaten im Wochenbett nie; Perforation in Vagina und Blase stehen in der Mitte. Was die Häufigkeit betrifft, so endeten von 37 Abscessen seiner Praxis mit spontaner oder künstlicher Entleerung nach Aussen 24 und zwar 20 in die regio iliaca, 2 oberhalb des mons pubis, 1 in die Regio inguinalis d. h. unterhalb des lig. Poupart. und 1 neben dem Anus, 6 brachen durch in die Vagina, 5 in den Darm und 2 in die Blase.

Von den mir zu Gebote stehenden Fällen aus hiesiger Anstalt wurden alle 4 am Poupartischen Band geöffnet, 1 brach gleichzeitig rechtseitig in die Blase.

Ein Beckenabscess folgt aber nicht immer nur einem Wege, sondern hat deren nicht selten zwei, wie der vorerwähnte Fall.

Simpson führt einen Fall an, wo der Abscess 3 Oeffnungen hatte; die eine mündete in die Vagina, die zweite in das Rectum und die dritte in die Blase.

Die Eröffnung nach Aussen geht meist oberhalb des lig. Poupart. vor sich; Senkungen ausserhalb des Beckens

können die verschiedensten Wege einschlagen, der Eiter kann den Femoralgefässen folgen und so durch die fascia cerebriformis in die Plica inguinalis gelangen oder noch tiefer zwischen die Adductoren hinabgehen.

Besitzt der Eiter einen entschiedenen Kothgeruch, ohne dass eine Perforation in den Darm geschehen ist, so erklärt dies die Nähe der Därme und das Durchlassen der Darmgase durch die schmalen Wände in die Abscesshöhle.

Entleert sich der Abscess in den Darm, so könnten leicht Darmcontenta in die Abscesshöhle gelangen und zur jauchigen Zersetzung der Umgegend Veranlassung geben. Dies geschieht aber wohl nie und Dupuytren erklärt sich dies auf folgende Art:

1) durch die allmählige Entleerung des Abscesses.

2) durch die schiefe Richtung der Oeffnung, und

3) durch die Ablösung des Darms, welcher dann als Ventil dient.

Die Perforation in der Blase soll nach König immer höher als der Blaseninhalt liegen; sie ist meist klein und da die Blasenschleimhaut den Contact des Eiters gut verträgt, so gehören chronische Blasencatarrhe und Ueberleitung des Catarrhs auf die Ureteren und Nieren als Folgezustände eines in die Blase sich öffnenden Abscesses zu den Seltenheiten.

Perforation in die Vagina wird oft durch die begleitende Leukorrhoe verdeckt.

Perforation in den Uterus ist wegen der Dicke der Muskelwand des Uterus sehr selten und nur einige wenige Fälle konnte König aus der Litteratur zusammenstellen.

Sehr selten entleert sich zum Glück ein Beckenabscess in die Peritoncalhöhle. Warum dieser Ausgang des Eiters so selten ist, schwebt noch im Dunkel und nur in einzelnen Fällen ging eine adhaesive Peritonitis der Berstung des Abscesses voraus, die dem Eiter den Weg in die Unterleibshöhle verlegte. Ausserdem besitzt das Peritoneum die

bemerkenswerthe Eigenschaft, von Eiterung sehr schwer ergriffen zu werden.

Diagnose.

Die Diagnose ist selten mit grossen Schwierigkeiten verknüpft.

Hat man ein richtiges klares Bild aller Hauptsymptome und ihrer Folgezustände, besitzt man einige Gewandheit im Untersuchen, so dürfte man wohl selten um eine richtige Diagnose verlegen sein.

Tritt nach einer vorhergegangnen Peri- oder Parametritis zumal nach einer schweren Geburt oder nach einem Abortus, unter anhaltenden Fiebererscheinungen Schmerzhaftigkeit im Becken auf, stellt sich Dysurie und erschwerter Stuhlgang ein, so wird man mit der Diagnose nicht lange in Zweifel sein und findet man bei sorgfältiger Untersuchung noch einen tumor, so ist die Diagnose vollständig gesichert.

In zweifelhaften Fällen, wo man vielleicht Eiter vermuthet, derselbe aber zu tief im Gewebe liegt um der Untersuchung zugängig zu sein, ist die Einführung einer Explorationsnadel in die Mitte des Tumor zur Sicherung der Diagnose das beste Hülfsmittel, wenn man zumal die hohe Gefährlichkeit solcher Eiterungsprocesse mit der Ungefährlichkeit einer geschickt ausgeführten Explorativuntersuchung gegenseitig aufwägt.

Vor einer Verwechslung der Geschwulst mit Kothanhäufungen schützt man sich leicht, wenn man bedenkt, dass der tumor im letzteren Falle eine höckrige harte ungleichmässige Geschwulst darstellt, die mehr nach der Mitte des Leibes aufsteigt.

Peritonitis mit grossem Exsudat tritt jeder Zeit ganz acut unter viel bedenklichern Symptomen auf, auch gesellt sich grünliches Erbrechen hierzu. Die Geschwulst wäre, zumal wenn sie abnorm beweglich ist, mit einer wandernden Niere zu verwechseln, wie Nelaton ein Beispiel anführt, im letz-

teren Falle fehlen jedoch alle entzündlichen Erscheinungen, ausserdem wird man wohl kaum je in die Verlegenheit kommen, eine derartige Differenzialdiagnose stellen zu müssen.

Eierstockcysten entwickeln sich langsamer und unter geringeren Fiebererscheinungen und Schmerzen.

Prognose.

Die Prognose ist im Allgemeinen günstig, mag die Entleerung spontan oder mit Kunsthülfe vor sich gehen.

Infaust ist sie jedenfalls, wenn der Abscess in die Unterleibshöhle durchbricht; infaust gleichfalls, wenn sich die Abscessöffnung nicht schliesst, nachdem aller Eiter entleert ist, und statt des pus bonum et laudabile anhaltend eine purulente oft entsetzlich stinkende Flüssigkeit aus dem Abscess sickert; die Höhle wird grösser, täglich kann man mit der Sonde tiefer eindringen, die Kräfte des Kranken, sämmtliche Functionen sinken und ein letaler Ausgang ist in solchen Fällen kaum zweifelhaft.

Das Weiterführen der Eiterkörperchen in das Peritoneum kann zu tuberculöser Peritonitis Veranlassung geben, die in Kürze mit dem Tod enden. Ueber das Sterblichkeitsverhältniss herrschen sehr verschiedne Ansichten. Grissolles giebt die Mortalität auf 50% an, wobei er aber auch Beckenabscesse, die einen anderen aetiologischen Grund haben, mit einrechnet.

M'Clincton sah unter 37 Abscessen zwei tödtlich enden.

König will 12—18% tödtliche Fälle annehmen, wohingegen West und Simpson eine weit günstigere Prognose stellen.

Unter meinen vier Fällen von Beckenabscessen endete nur einer letal.

Therapie.

Hat sich in dem Zellgewebe Eiter gebildet, so ist nicht daran zu denken den Abscessinhalt zum Zurücktreten, zur Resorption zu bringen. Alle Mühe und Sorgfalt, Blutegel,

Jodbepinselung, Unguentum cinereum, Diuretica und Drastica sind wenn nicht schädlich, indem sie den Körper, der vielleicht zu einer langdauernden Eiterung später alle seine Kräfte gebraucht, nur unnöthig schwächen, doch ohne den geringsten Nutzen.

Die erste Sorge ist, den Patienten bei starken anhaltendem Fieber Antifebrilia zu reichen; die Auswahl der Mittel ist gross und man wählt nach eignen praktischen Erfahrungen. — Eine weitere Sorge ist für leichte Stuhlentleerung zu sorgen, damit bei etwaigem Druck der Geschwulst auf den Mastdarm keine Kothstatis entsteht.

Ist die Patientin an und für sich schwächlich oder es erst durch lang anhaltende Eitrung geworden, so sind Tonica indicirt. Die ganze innere Behandlung ist dennoch bis auf die Sorge für leichte Defaecation rein symptomisch genaue Temperaturmessungen, scharfe Beobachtung des Allgemeinbefindens sind täglich anzustellen.

Das Hauptaugenmerk ist auf den Abscess selbst zu richten; es muss dem Eiter der Weg nach Aussen durch Cataplasmen erleichtert oder durch Kunsthülfe eröffnet werden Oft ist es besser den Abscess nicht zu öffnen und die Entleerung der Natur zu überlassen, ja nicht selten rettet man dadurch das Leben der Kranken.

Die Bestimmung der geeigneten Zeit zur Eröffnung ist schwer, kaum lassen sich Regeln aufstellen, nur hüte man sich den Abscess zu früh zu öffnen; bedrohen hectische Erscheinungen das Leben, so ist alles Zögern unverantwortlich, man hat ohne Aufenthalt zur Eröffnung zu schreiten.

Was den Ort der Eröffnung anbetrifft, so thut man dies, wenn es irgend möglich ist, durch die Bauchwand, es unterstützen den Operateur in diesem Falle Auge und Gefühl, während er sich bei Eröffnung per rectum oder vaginam nur auf Letzteres verlassen kann, noch abgesehen von der Enge des Operationsterrains.

Der nächst günstigste Punkt ist wohl die Vagina, zu-

mal Abscesse, die sich in dieselbe entleeren, überraschend schnell zur Heilung kommen.

Die Eröffnnng per Rectum ist um vieles schwieriger und hat man dabei das Unglück Gefässe zu verletzen, was zuweilen geschieht, so ist die entstandene Blutung schwer zu stillen.

Simpson giebt als den besten Punkt zur Eröffnung in der Vagina eine Stelle hinter dem cervix uteri an, weil dort Schleimhaut und Beckenfascie sehr dünn seien.

Unter den vielen Instrumenten zur Ausführung der Operation erwähne ich nur das Messer und Troicar; die Caustica sind ganz zu verwerfen, sie wirken zu langsam und schmerzhaft. Simpson gieht dem Messer den Vorzug. Andere gebrauchen nur den Troicar. Ist der Abscess geöffnet, so sorge man für freien Abfluss, vermeide aber jedwedes Drücken und Kneten des Tumor.

Zuweilen ist man gezwungen Gegenöffnungen zu machen wenn der Abscess selbst bei der thätigsten und umsichtigsten Behandlung nach Jahren nicht zur Verschliessung kommt.

Dünne Jodinjection zur Beschleunigung der Heilung empfiehlt Simpson und will nie schlimme Folge nach ihrer Anwendung wahrgenommen haben.

Simpson legte auch zur Bildung von Granulationen und endlichem Schluss der Abscesshöhle, Eisendraht in die Höhle ein; In wenigen Tagen entstand eine lebhafte Entzündung unter Bildung von Granulationen, dann wurde der Draht entfernt, rasch kam es zur Induration und Schluss des Abscesses. Die Nachbehandlung ist nach den allgemeinen Regeln einzuleiten, Hebung der Kräfte durch Kost und Tonica ist das Wesentliche hierbei.

Die langwierigen Diarrhoen nach Durchbruch des Abscesses in den Darm trotzen oft den energischsten Mitteln und man muss nicht selten die verschiedensten Adstringentien per os sowohl als per clysma in Anwendung ziehen, um ihrer Herr zu werden.

In Kürze glaube ich ein Bild der Beckenabscesse, wenn

auch in sehr engem Rahmen vorgeführt zu haben und reihe meiner Arbeit einen statistischen Auszug aus den Wochenbettjournalen unseres Instituts auf die Jahrgänge 1862 bis 1868 an. In dieser Zeit von 7 Jahren kamen bei einer Anzahl von circa 850 Geburten 97 Para- und Perimetriten, von denen nur 3 in Abscedirung übergingen.

Im Jahre 1862: 106 Geburten 15 Fälle entzündlicher Unterleibsaffectionen und kein Abscess.

Im Jahre 1863: 125 Geburten 9 Fälle von Peri- und Parametriten und kein Abscess.

Im Jahre 1864: bei 123 Geburten 15 Fälle von Para und Perimetriten und kein Abscess.

Im Jahre 1875: auf 122 Geburten 11 Peri- uud Parametriten und zwar 7 bei Primiparis und 4 Multiparis; 1 Abscess.

Im Jahre 1866 auf 120 Geburten 15 Peri- und Parametriten und zwar 10 bei Primiparis und 5 bei Multiparis; kein Abscess.

Im Jahre 1867 unter 125 Geburten 19 Fälle von Para- und Perimetriten und zwar 10 bei Primiparis, 5 bei Multiparis; kein Abscess.

Im Jahre 1868: unter 123 Geburten 25 Peri und Parametriten und zwar 13 bei Primiparis und 9 bei Multiparis; kein Abscess.

Ansserdem wurden noch 21 Beckenabscesse bei Frauen behandelt, die nicht auf der Anstalt entbunden waren. Unter den 4 Fällen waren 3 Mehrgebärende multiparae und nur eine primipara.

1. Fall.

F. M. 22 Jahr alt I. (?); Becken normal.

Am 17. März 1865 leicht entbunden, befand sich Wöchnerin bis zum 14. März vollständig gesund, an welchem Tage sie gegen Morgen einen 1 Stunde andauernden leichten Schüttelfrost bekam.

24. 3. Uterus vier Finger breit über der Symphyse

fühlbar, nicht empfindlich. Die rechte fossa iliaca ist, wenn auch nicht spontan, so doch auf Druck ziemlich schmerzhaft; der Leib ist nicht aufgetrieben, der Wochenfluss sparsam; kein Stuhlgang, Appetit fehlt, Zunge feucht, wenig belegt, Brüste gesund; demnach dürfte das Fieber durch eine Entzündung des Beckenzellgewebes zu erklären sein.

25. 3. Wöchnerin hat gut geschlafen und ziemlich stark geschwitzt, kein Frost, keine Kopfschmerzen. Uterus empfindlich, mehr jedoch die Gegend rechts von ihm. Wochenfluss sparsam, schwach, blutig gefärbt; Stuhl war da. Wöchnerin fühlt sich ganz wohl.

26. Uterus weniger empfindlich. So sinkt die Temperatur allmählig bis auf 29 als sich plötzlich am 30. 3 ein zweistündiger Schüttelfrost einstellte, der Puls stieg auf 126 die Temperatur auf 33°. Patientin klagte über grosses Hitzegefühl; keine Kopfschmerzen, mässiger Schweiss, der Uterus ist rechtseitig von Neuem etwas empfindlich, die rechte fossa spontan und mehr noch bei leichtem Druck sehr schmerzhaft. Die innere Untersuchung ist schmerzlos und lässt Nichts Abnormes erkennen; Zunge feucht; ziemlich starker Husten; Verordnung: Warme Wasserumschläge und China.

31. Patientin hat gut geschlafen, rechte fossa iliaca bei Druck noch sehr empfindlich; Leib nicht aufgetrieben; Zunge belegt; Husten hat etwas nachgelassen; Urin ohne Eiweiss. 31. 3. Abends Temp. 32,0 Puls 102. Kein Frost; am Nachmittag erneuerte, heftige, spontane Schmerzen in der rechten fossa iliaca.

1. 4. Morgens. In der Nacht hat sich Diarrhoe eingestellt; Stühle braun; Appetit etwas besser; Schmerzen nur noch bei Druck.

3. 4. Morgens. Temp. 30,90 Puls 102. Wenig Schlaf; während der Nacht einige Stunden lang heftiges Stechen in der rechten fossa iliaca. Die rechte Seite ist oberhalb des lig. Poupart. deutlich resistenter als die linke; das Exsudat scheint sehr oberflächlich zu liegen und lässt den Aus-

gang in Eiterung mit folgender Perforation vermuthen. Weitere Wasserumschläge und Chinin.

4. 4. Seit gestern Abend haben sich von Neuen heftige Schmerzen in der rechten fossa iliaca eingestellt, welche zu Zeiten eine enorme Höhe erreichen, kein Frost; 2 dünne Stühle, Wöchnerin fühlt sich ganz elend.

5. 4. Abends. Temp. 30,80 Puls 90. Heftiger Schweiss, Appetit hat sich eingestellt.

8. 4. Abends. Temp. 30,50 Puls 100. Der Leib ist spontan gar nicht, bei Druck nur noch sehr wenig empfindlich.

22. 4. Abends. Temp. 31,00 Puls 100. Der Leib ist nicht mehr empfindlich; kräftiger Schweis. Allgemeinbefinden schlecht;

25. 4. Das Exsudat ist ziemlich unverändert, Urin ohne Eiweiss.

1. 5. Das Exsudat scheint sich jetzt weiter in das lig. latum zu erstrecken und ist auch jetzt innerlich als eine faustgrosse Geschwulst zu fühlen. Temp. 31,20 Puls 102.

2. 5. Abends. Stechen in der rechten Seite.

3. 6. Abends. Temp. 31,50 Puls 114. Wöchnerin hatte heute Nachmittag heftiges Stechen in der Gegend des Exsudats, weshalb von Neuen Wasserumschläge und Opium verordnet wurden; Kein Frost und Schweis; leichter Kopfschmerz.

10. 5. Das Exsudat scheint sich nicht verändert zu haben; beim Gehen empfindet sie Schmerzen im rechten Bein.

Abends: Am Os sacrum zeigt sich Decubitus.

19. 5. Die Wöchnerin fühlt klopfende Schmerzen in der Gegend des Exsudats.

26. 5. Morgens. Das Exsudat fühlt sich weich und elastisch an. Verordnung Cataplasmen.

29. 5. Morgens. Temp. 30,60 Puls 110. Die Patientin hat 2 Stunden geschlafen; Im Exsudat keine Veränderung nachweisbar. Sehr grosser Schwächezustand.

21. 5. Morgens. Temp. 31,40 Puls 120. Wenig Schlaf; Wöchnerin sieht sehr collabirt aus und hält meist die rechte Seitenlage ein; das Exsudat erstreckt sich bis unter das lig. Poupart.

1. 6. Kranke klagt über schneidende Schmerzen im Leibe.

2. 6. Morgens. Temp. 31,80 Puls 114. Da die Hinfälligkeit der Patientin einen so ausserordentlichen Grad erreicht hat und die Geschwulst oberhalb des lig. Poup. sehr deutliche Fluctuation reigt, so wird eine Incision dieser Stelle beschlossen, um dadurch womöglich ein Sinken des Fiebers zu erreichen. Aus der mässig grossen Incisionswunde entleerte sich eine ziemlich bedeutende Menge pus bonum et laudabile. Rechte Seitenlage wird angeordnet und noch einige Stunden mit Cataplasmen fortgefahren.

3. 6. Morgens. Temp. 30,0 Puls 102. Wöchnerin hat ziemlich gut geschlafen, die Schmerzen sind fast verschwunden, der Eiterausfluss war die Nacht hindurch ziemlich bedeutend. Die Sondirung ergiebt, dass der Abscess sich ziemlich tief nach unten erstreckt; bei der inneren Untersuchung fühlt man auch durch das Scheidengewölbe eine Abnahme der Geschwulst, so dass die Communication dieser Geschwulst (ein lig. lat.] mit dem eröffneten Abscess wahrscheinlich wird.

3. 6. Abends. Temp. 30 Puls 112. Im Befinden der Patientin ist keine wesentliche Veränderung eingetreten, jedoch ist die Tmperaturabnahme schon immer ein günstiges Zeichen.

4. 6. Morgens. Noch ziemlich starker Eiterausfluss; wenig Schlaf in Folge des heftigen Hustens.

5. 6. Wöchnerin klagt über Schmerzen im rechten Bein. Appetit besser.

6. 6. Die Schmerzen im Bein nehmen zu; die Sonde geht noch $^1/_4$" weit in die Wunde. Cataplasmen werden weggelassen. Wöchnerin sieht sehr collabirt aus.

11. 6. Morgens. Temp. 29,40. Patientin hat gut

geschlafen; keine Fiebererscheinungen, geringer Schweiss, Leib wenig empfindlich; auch bei der innern Untersuchung findet man von dem Exsudat nur noch einen kleinen harten Rest. So sinkt die Temperatur von Tag zu Tag, bis am 27. 6. Puls und Temperatur normal ist. Bei Entlassung der Patientin war dieselbe bereits in vollster Reconvalescenz, stark und voll geworden, von gesunder Farbe und mit dem besten Appetit begabt.

2. Fall.

E. Sch. 33 Jahr alt II. von mtttlerer Statur und kräftiger Musculatur wurde am 16.2. 67. entbunden (II. Schädellage).

18. 2. Morgens. Temp. 30 Puls 100. Wöchnerin hatte gegen Morgen einen heftigen Frostanfall mit folgender Hitze und Durst; von Zeit zu Zeit stellen sich heftige Schmerzen im Unterleib ein, besonders rechtseitig vom Uterus. Der Unterleib ist aufgetrieben und überall auf Druck etwas empfindlich. Der Uterus ist hindurch zu fühlen und scheint gleichfalls schmerzhaft; Lochien normal; seit der Entbindung war noch kein Stuhlgang vorhanden.

18. 2. Abends. Temp. 31,60 Puls 95. Stuhlgang erfolgt, wodurch sich Patientin etwas erleichtert fühlt. Am Nachmittag stellte sich erneuertes Frösteln ein mit folgender Hitze, grossem Durst und Kopfschmerz. Der Unterleib ist weniger aufgetrieben, aber besonders rechts schmerzhaft.

19. 2. Trotz zweimaligen Stuhlgangs werden rechts noch deutlich gefüllte Gedärme durch die Bauchdecken gefühlt. Der Leib hat eher zu als abgenommen. Die Gegend des Coecum ist bei Druck noch sehr empfindlich.

20. 2. Morgens Temperatur 32,00 Puls 108. Wiederholtes Frösteln nnd viel Durst. Rechte Seite des Unterleibes ist sehr schmerzhaft. Verordnung: 10 Blutegel auf die rechte Bauchseite. — Clysopomp.

20. 2. Abends. Rechts haben die Schmerzen nachge-

lassen, während der übrige Theil des Unterleibs noch empfindlich ist.

21. 2. Schlechter Schlaf und wiederholt heftiger Frost , Durst und Kopfschmerz. Kein Stuhlgang; Unterleib sehr stark aufgetrieben und überall sehr schmerzhaft. Kein Appetit, Uebelkeit, kein Erbrechen. Verordnung: Eisblasen und gr. II. Op. pro die.

24. 2. Wenn Wöchnerin still liegt, fühlt sie keine Schmerzen mehr; Unterleib nicht mehr aufgetrieben, so dass man sogar den Umfang des Uterus sehen kann. Die Schmerzhaftigkeit bei Druck liegt besonders seitlich vom Uterus. Von der rechten Uteruswand scheinbar mit dem Uterus zusammenhängend geht nach rechts über dem lig. Poupart. eine strangartige Härte. Sie liegt den Bauchdecken nicht so fest an, dass man sie für ein zwischen Peritoneum und Bauchmusculatur liegendes Exsudat halten könnte, vielmehr scheint es ein Exsudat im rechten lig. latum zu sein.

26. 2. Gegen Abend hat sich von Neuem ein heftiger Frostanfall eingestellt. Die linke Uteruswand ist sehr schmerzhaft, während Druck auf die Gegend des Exsudats sich als schmerzhaft ausweist.

27. 2. Der Uterus ist nur noch links etwas empfindlich.

28. Der Uterus liegt heute mehr links und das Exsudat ist daher undeutlicher von demselben abgegrenzt zu fühlen als früher. Der linke Uterusrand ist noch schmerzhaft.

6. 3. Das Exsudat im rechten lig. latum ist etwas kleiner geworden, doch ist jetzt auf der linken Seite ein gleiches zu fühlen.

15. 3. Abends. Temperatur 31,80 Puls 100. Patientin hatte den Nachmittag leichtes Frösteln, befindet sich aber im Uebrigen relativ wohl.

16. 3. Wiederholtes Fiebern. Verordnung: Chinin.

26. 3. Das Exsudat links ist etwas kleiner geworden, das rechte ist jetzt deutlicher und in ziemlich bedeutender

Ausdehnung zu fühlen. Die Consistenz der Geschwulst ist ungleich und es scheint an einzelnen Stellen schon Erweichung eingetreten zu sein. Das Exsudat links ist innerlich nicht zu fühlen. Ziemlich reichliche Secretion der Vaginalschleimhaut ist vorhanden. Beide Seiten des Uterus sind wiederum bei Druck in nicht unbedeutendem Grade schmerzhaft.

28. 3. Wöchnerin hatte einen einmaligen eine Viertelstunde anhaltenden Frost. Der ganze Unterleib ist bei den leichtesten Druck sehr empfindlich.

Abends Temperatur 31,80 Puls 100. Bis Mittag hatte Patientin heftige Frostanfälle. Das Allgemeinbefinden ist sehr schlecht.

30. 3. Wöchnerin hat 3 Stunden lang gefroren. Fast die ganze rechte Seite des Unterleibes ist bei dem leichtesten Druck schmerzhaft. Das Exsudat rechts scheint theilweise weich geworden zu sein; das Exsudat links ist nicht mehr sichtbar.

5. 4. Abends. Temp. 31,80 Puls 108. Seit Mittag fast fortwährendes Frösteln.

10. 4. Patientin klagt über häufigen Drang zum Uriniren, wobei sie immer nur wenige Tropfen unter heftigen Schmerzen entleeren kann. Der Urin ist stark getrübt und enthält, wie die miscroscopische Untersuchung zeigt. viel Eiterkörperchen. Eiweiss ist nicht nachweisbar.

11. 4. Temp. 34,00 Puls 92. Nur wenig Urin wurde entleert von derselben Beschaffenheit wie gestern. An dem Exsudate ist keine grosse Veränderung nachweisbar.

12. 4. Das Exsudat ist offenbar kleiner geworden und kann daher wohl kaum an einen Durchbruch nach der Blase gezweifelt werden.

16. 4. Die Urinsecretion ist ungemein sparsam, der Urin selbst nicht mehr so trübe als bisher. Die Nierengegend ist bei Druck sehr empfindlich. Das Exsudat selbst ist weicher geworden und an einer Stelle mehr hervorgewölbt, so dass es scheint, als ob es noch nach Aussen zum

Durchbruch kommen sollte. Im Urin kein Eiweis aber wohl Eiterkörperchen nachweissbar.

19. 4. Temp. 31,9. Puls 100. Das Exsudat in der rechten Unterbauchgegend ist schon fast fluctuirend.

21. 4. Patientin konnte heftiger Schmerzen wegen wenig schlafen.

23. 4. Diurese noch sehr schwach, Spuren von Eiweiss im Urin.

24. 4. Der Abscess ist deutlich fluctuirend und es wird daher eine tiefe Incision in der rechten Unterbauchgegend oberhalb des lig. Poupart. gemacht und etwas mehr als zwei Unzen eines guten, gelblichen Eiters entleert.

24. 4. Abends. Den ganzen Tag ist reichlich Eiter ausgeflossen, und die Schmerzen haben bedeutend nachgelassen.

25. 5. Reichliher Eiterausfluss; die Diurese hat zugenommen, der Urin selbst ist noch trübe.

2. 5. Gegen Morgen Frost, der Eiter wird mehr wässrig und weisslich.

5. 5. Nur noch wenig Eiterentleerung.

7. 5. Die Incisionswunde hat sich geschlossen.

8. 5. In der Gegend der Incisionswunde hat das Exsudat heute wieder weichere Beschaffenheit und wird wohl nochmals zum Aufbruch kommen. Die innere Untersuchung lässt keinen Tumor fühlen.

9. 5. Wöchnerin hat viele Schmerzen im Leibe. Aus der Incisionswunde floss vom Neuen etwas Eiter. Verordnung: Cataplasmen.

18. 5 Im Laufe des Nachmittags hat sich plötzlich Frost eingestellt mit folgender Hitze und Kopfschmerz; in der Gegend des Exsudats sind wieder Schmerzen aufgetreten, auch die Consistenz der Geschwulst in nächster Nähe der Incisionswunde ist weicher.

19. 5. Nach einem guten Schlaf haben auch die Unterleibsschmerzen aufgehört, nachdem wenige Tropfen Eiter ausgeflossen sind.

Patientin wurde am 3. 6. entlassen; das Exsudat war noch deutlich fühlbar aber bedeutend kleiner geworden. Vollständiges Wohlbefinden.

3. Fall.

F. S. Alter unbekannt.

Patientin war am 22. Jan. 67. von dem sechsten Kinde leicht und ohne Kunsthülfe entbunden worden, die Nachgeburt war vollständig, der Damm nicht eingerissen.

Am vierten Tage post partum bekam sie einen heftigen Schüttelfrost mit Kopfschmerzen und Hitzgefühl; es wurden kalte Umschläge auf den Kopf verordnet, doch dauerte die Hitze 4—5 Tage fort. Der Frost wiederholte sich inzwischen nicht und etwaige Schmerzen fehlten ganz. Am 10. Tage des Wochenbettes stand Patientin auf, fühlte sich sehr matt, hatte keinen Appetit, leichte Kopfschmerzen; sie stillte dabei.

Dieser Zustand mit abwechselndem Wohlbefinden und Bettlägrigkeit hielt noch circa 14 Tage an. In den 3. Wochen stellten sich Schmerzen in der rechten Seite ein, die spontan und bei Bewegung heftiger wurden. Frost und Hitze traten hinzu. Der Appetit fehlte vollständig, der Stuhlgang war hart und schmerzhaft, das Uriniren dagegen ohne Schmerzen. Rechts in der Unterbauchgegend waren 2—3 Knoten deutlich fühlbar, die stetig im Wachsthum begriffen waren; die Palpation derselben schmerzte heftig. Patientin ging inzwischen noch herum, konnte jedoch nicht aufrecht gehen. Vom 22. März an musste sie das Bett hüten.

Frösteln, Hitze, Kopfschmerz, schmerzhafter Stuhlgang dauerten an, die Geschwulst wuchs fort und fort, senkte sich nach unten, prominirte mehr und mehr, röthete sich und wurde immer schmerzhafter. In diesem Zustand wurde Patientin am 16. April in hiesiger Anstalt aufgenommen. Status praesens am Tag der Aufnahme: Patientin fiebert stark, sieht sehr angegriffen und anämisch aus und kann nur unter grössten Schmerzen aus dem Wagen in's Zimmer

geführt werden. In der rechten Inguinalgegend liegt eine starke Geschwulst, die sich prall und elastisch anfühlt, die spina ilei anterior superior überragt, bis zur Mittellinie hinreicht und stark prominirt. Die Haut über dem Tumor ist stark geröthet, leicht oedematös, die Palpation sehr empfindlich. Innerhalb im rechten Scheidengewölbe bis zur vordern Wand hinter die Symphyse reichend findet sich eine prall elastische Geschwulst, die bei Berührung sehr empfindlich ist.

Diagnose: Parametritis dextra in beginnender Absonderung.

Ordination: Cataplasmen und Morphiuminjectionen.

19. 4. Die Geschwulst zeigt deutliche Fluctuation; es wird mit der Lancette incidirt und eine Menge grünlicher, übelriechender Eiter entleert.

21. 4. Noch immer fliesst eine Menge schlecht riechenden Eiters aus.

Behandlung: Umschläge mit Weincampher beträufelt, Sonst Wohlbefinden, nur unruhiger Schlaf.

22. 4. Ausfluss stockt etwas, Geschwulst noch empfindlich.

26. 4. Secretion hat sehr abgenommen, doch scheint an einer Stelle noch immer von der Einstichsöffnung ein Eiterheerd zu sein. Die Haut ist in der Nähe der Wunde excoriirt und schmerzhaft.

27. 4. Die Secretion ist über Nacht wieder in Gang gekommen, es entleert sich bei Druck auf die früher fluctuirende Stelle eine Menge guten Eiters.

30. 4. Patientin ist völlig fieberfrei; es entleert sich jetzt nur noch blutiges Serum; die Geschwulst hat bedeutend abgenommen und ist fast ganz unempfindlich. Stuhlgang regelmässig.

9. 5. Die Geschwulst ist ganz klein und unempfindlich.

Patientin wurde am 15. Mai völlig geheilt entlassen, von Exsudat war nur äusserlich ein kleiner Rest noch wahrnehmbar.

4. Fall.

Fr. Th. II. 43 Jahr.

Nach einer langdauernden Entbindung, die schliesslich am 30. Jul. 69 mit der Zange beendet wurde, zeigten sich am Scheideneingange bis auf die Tumorfläche der grossen Labien sich ausbreitende tiefe Schleimhauteinrisse auf jeder Seite besonders unten links; Am Abend der Operation stellte sich Incontinentia urinae ein. Temp 38,6 P. 80.

31. 7. Schmerzhaftigkeit des ganzen Abdomen, Tympanitis, Uterus sehr empfindlich, Genitalien sehr stark geschwollen, ein Schleimhauteinriss bereits brandig.

3. 7. Keine Dämpfung nachweisbar.

5. 7. Abends 7. 40, 6 P. 120. heisse Haut, borkige Zunge, trockene Lippen, coupirtes Athmen und Sprache, grosse Empfindlichkeit in der rechten unteren Bauchgegend, Resistenz fühlbar.

6. 7. Dämpfung rechts neben dem Uterus in diesen übergehend bis 3 Finger über die spina, ziemlich starke Infiltration, sedes involuntariae, stets Katheterismus, Oedem des ganzen rechten Beines.

7. 7. Das Exsudat erstreckt sich bis zum rechten Rippenrande. Die Dämpfung geht in die Leberdämpfung über, hinten reicht das Exsudat bis an die Wirbelsäule; es fühlt sich brettähnlich hart an.

11. 7. Im 39, 2. P. 100. Etwa handbreit über dem Nabel zeigt sich am Rande des Exsudats eine achtelgrosse Hervortreibung, die deutlich tympanitischen Schall giebt.

12. 7. Oedem an beiden Extremitäten stark zugenommen Geschwulst prall und unempfindlich, beginnender Decubitus.

15. 7. Der Decubitus hat sehr zugenommen; grosse gangränöse Fetzen hängen aus der Wunde des Decubitus. Genitalgeschwür in schönster Heilung; fortdauernde sedes involuntariae.

17. 7. Oedem der Extremitäten sehr stark, Decubitus Handteller gross.

20. 7. Collapserscheinungen; Oedem an den Füssen wenig abgenommen, dafür geht jedoch ein leichtes Oedem bis zu den oberen Rippen; besonders starkes Oedem rechts unter dem tieferen Theile des Exsudats.

24. 7. Wohlbefinden der Kranken etwas besser; Schmerzhaftigkeit der rechten Seite etwas abgenommen, Palpation nicht sehr empfindlich.

1. 8. Nachmittags heftiger Schüttelfrost.

2. 8. Abends J. 39, 2 P. 88 Nachmittags erneuter Schüttelfrost; Oedem über dem Exsudat nimmt einen entzündlichen Character an, das Exsudat selbst wölbt sich sich vor, gedämpft tympanitischer Schall über demselbeu.

3. 8. Radialpuls verschwunden, intensiver Schüttelfrost, desgleichen Nachmittags; die Geschwulst zeigt deutliche Fluctuation.

4. 8. Zunehmender Collaps.

6. 8. Der Abscess hat sich derartig mit Gas gefüllt, dass eine kugelförmige Prominenz von $1^1/_2$ Zoll Höhe besteht; Links um die tympanitische Halbkugel bemerkt man einen infiltrirten resistenten Wall. Es wurde eine Verjauchung des Abscesses angenommen und circa 1 Zoll lange Incision gemacht. Sobald das Messer durch die letzte Schicht der Decke drang, floss mit laut zischendem Geräusche unter Verbreitung eines entsetzlich faeculenten Geruchs eine grosse Menge graugelben Eiters hervor, auf 2 Fuss Entfernung, so gross war die Spannung im Abscess. Einige grauweisse, zähe, gangränöse Fetzen wurden aus der Wunde gezogen; dabei erschien plötzlich In dem hervorquellenden Eiter ein Streifen Koth, dem noch grössere Massen dünnen Kothes folgten. Im Ganzen entleerte sich ohngefähr $1^1/_2$ Seidel Eiter aus der Oeffnung.

Von diesem Zeitpunkt an (die Operation war in Chloroformnarcose gemacht worden) hatte die Kranke etwas Erleichterung, allein sie kam nicht recht mehr zur Besinnung. Am Abend des 7. trat Agonie und den 8. Abends $^1/_2$ 10 Uhr der Tod ein.

Section am 9. früh $10^1/_2$ Uhr. Lungen ziemlich normal, rechts unten und hinten Hypostase. Herz völlig gesund.

Bauchhöhle frei von Entzündung, Peritoneum gesund, nur ein kleiner Theil des Netzes war rechts in der Nähe des Abscesses adhärent; Milz gross und matschig; Leber sehr gross (Muskatnussleber mit Bindegewebshypertrophie); Nieren etwas blass, sonst normal; Von der erweiterten

Hautwunde aus gelangt man in eine sehr geräumige Abscesshöhle, die oben bis an den Rippenrand reicht; die unterste Rippe, an der Spitze cariös, ragt in den Abscess hinein, hinten reicht der Abscess bis an die Wirbelsäule, unten bis an die rechte Darmbeinschaufel und vorn 3 Finger breit von der linea alba.

Die Aussenfläche der Höhle war mit gangränösen Fetzen und faulig zerfetztem Eiter belegt. Etwa 2 Zoll unterhalb der äusseren Einschnittsöffnung gelangt man durch ein circa groschengrosses Loch durch die Wand des Coecum in dasselbe hinein, etwa der Einmündungsstelle des Dünndarm gegenüber. Das Exsudat fast durchaus extraperitoneal.

Am Becken war der Uterus ganz nach rechts hinüber gezogen, im lig. lat., an den grossen Gefässen befanden sich überall Exsudatnarben, die theilweise an kleinen Stellen auch vereitert waren und im directen Zusammenhange mit dem vereiterten Exsudat gefunden wurden.

Der Uterus lag auf der Schnittfläche $1—1^1/_2$ Ctm. dick, gelblich, derb. Auf der Innenfläche lag ein dunkelrothbrauner Belag; es schien ein normal puerpuraler Utterus zu sein.

Lebenslauf.

Ich, Friedrich Paul Reichel evangel. Confession bin geboren am 21. Novbr. 1840 zu Meissen im Königreich Sachsen. Ich besuchte das Gymnasium zum heiligen Kreuz in Dresden, woselbst ich mein Abturientenexamen bestand. Nach einem mehrjährigen Aufenthalte im Auslande wurde ich Michaelis 1865 in Erlangen immatrikulirt, wo ich zwei Semester mich aufhielt. 1866 bezog ich die Universität Halle, bestand 1867 das Tentamen physicum, und 1869 das Examen rigorosum und hoffe nach Vertheidigung meiner Dissertation und Thesen die Doctorwürde zu erlangen.

Während dieser 8 Semester hörte ich den Unterricht folgender Lehrer:

In Erlangen: Gerlach, Herz und Gorup-Besanez.

In Halle: Volkmann sen., Welker, Vogel, Heintz, Knoblauch, Mann, Weber, Volkmann jun., Olshausen, Franke, Gräfe, Schwarze, Köhler, Steudner.

Allen diesen Herren sage ich hiermit meinen aufrichtigsten Dank.

Thesen.

I.

Ein sehr wichtiges Mittel zur Heilung von infiltrirten Eczemen ist der Druckverband.

II.

Arsenik ist in vielen Fällen ein Specificum gegen Chorea.

III.

Die subcutane Einführung gewisser Medicamente ist wirksamer als die per os oder per rectum.